

様式第8号（第5条関係）

看護・移送承認申請書

年 月 日

(あて先)
高島市長

申請者 住所

氏名 ㊟

受給者との続柄

高島市母子保健法施行細則第5条第1項の規定により承認を受けたいので、次のとおり申請します。

記

既交付 医療券の 内容	ふりがな		男・女	
	受給者氏名			
	生年月日	年 月 日		
	受給者番号			
	交付年月日	年 月 日		
やむを得ない理由で事後において承認を受けるときはその理由				
担当 医師の 意見	看護を必要とする期間	年 月 日から 年 月 日まで		
	移送	移送区間		
		移送方法		
		移送年月日	年 月 日	
	看護または移送を必要とする理由			
	費用見積額			
年 月 日 指定養育医療機関所在地 名称 医師名		㊟		

注1 用紙の大きさは、日本工業規格A列4番とする。

2 医師名の欄は、記名し押印することに代えて、署名することができる。

申請受付 年 月 日	年 月 日	決定年月日	年 月 日
---------------	-------	-------	-------